

Conferencia. Colegio Tènic Eulàlia

"La comida ya no es un placer para mí. Me sorprende varias veces al día presa de un ansia que me arrebatara la libertad, como una pasión que domina mis acciones y pensamientos estrechando mis intereses para desembocar en el acto furtivo y solitario, carente de toda dignidad, de ingerir cualquier tipo de alimento hasta llegar al límite de mi capacidad física que me sumerge en un estado de embriaguez.

La continuación es no menos confesable cuando mi cuerpo ya no puede soportar más alimento y en estado semi hipnótico me dirijo al baño, me inclino ante el inodoro introduciéndome los dedos en la garganta para provocar el reflejo del vómito con el fin de contrarrestar los efectos de la comilona. El sentirme vacía otra vez me alivia y me produce placer preparándome para repetir el ciclo una y otra vez. A pesar de haber conseguido mis íntimos deseos de comer sin engordar, el respeto por mi misma no llega a los mínimos, mi estado de ánimo me impide disfrutar de la vida, que va pasando sin mí, no me veo capacitada para amar a alguien ni mucho menos ser amada ni tampoco puedo concentrarme en el trabajo. La bulimia se ha introducido insidiosamente en mi existencia adueñándose en el proceso de la mayor parte de ella."

Así expresaba Mónica su experiencia como bulímica en la consulta.

Tres caras del mismo problema.

Los trastornos de la conducta alimentaria han ido saliendo de la oscuridad del anonimato en estos últimos diez años de un modo espectacular. Mientras la anorexia nerviosa gozaba de una mayor popularidad entre el público desde la década de los 60, su prima hermana, la bulimia nerviosa pasó por etapas diversas hasta lograr ser más conocida por la población en los 80.

La bulimia nerviosa que es el trastorno que vemos con más frecuencia en la consulta, era considerada erróneamente sinónimo de obesidad incluso para algunos médicos no familiarizados. Pero los bulímicos no son obesos y sus pesos están dentro de la normalidad. Son víctimas de una necesidad imparable de atiborrarse de comida y al mismo tiempo comparten la misma obsesión de los anoréxicos por estar delgados. Por tanto ingenian mecanismos no saludables para contrarrestar lo que han comido provocándose el vómito, abusando de laxantes o diuréticos o alternando con ayuno estricto. El sentimiento de culpa les hace esconderse y guardarse el secreto.

La incapacidad para tratarse a sí mismos les hace caer en un ánimo depresivo que les impide estudiar o trabajar y en ocasiones perder las ganas de vivir. Saben que si confiesan sus ataques de voracidad a su familia ésta podría preguntarles, ¿ por qué lo haces si lo que quieres es estar delgado?

La pregunta para ellos no tenía respuesta antes de saber que era un trastorno psicológico similar a una adicción. Para ellos no era más que otra muestra más de su falta de voluntad y constancia, como siempre. Cuando hacia principios de los 80, empezaron a aparecer en la consulta los primeros bulímicos mostraban en cierta forma un ligero alivio al ver que el fenómeno estaba descrito en los libros y que su gran secreto era el mismo para tantas otras personas. Poder hablar por primera vez con alguien sin temor al castigo o la bronca sobre un fenómeno que no habían podido explicar ni a sus propios padres les ayudó a enfocar otra vez el problema como algo que se podía solucionar.

El siguiente trastorno por orden de frecuencia es la obesidad compulsiva. El comer por atracones se distingue de la bulimia nerviosa en que no se utilizan métodos aberrantes para controlar el peso, es decir el vómito, por ej.; este tipo de desorden alimentario va unido a depresión, obesidad temprana, intentos repetidos de hacer dietas y rápida recuperación del peso en caso de adelgazar.

Se ha observado en el 29% de las personas que están a régimen de adelgazamiento y se mantiene precisamente por el hecho de seguir haciendo régimen.

La anorexia nerviosa es la más aparente de las patologías de la conducta de comer ya que sus signos clínicos son apreciables para familiares y en ocasiones puede conducir a la muerte. Existen dos subtipos de anorexia: uno, el más conocido, es el restrictivo en el que la afectada rehúsa todo alimento; el otro, subtipo bulímico tiene todas las características de la bulimia nerviosa con una única diferencia: se presenta en pesos inferiores a lo normal.

CLASIFICACION DE LOS TRASTORNOS DE LA CONDUCTA ALIMENTARIA EN RELACION AL PESO

Peso reducido:

Anorexia nerviosa tipo restrictivo.

Miedo patológico a engordar, restricción voluntaria de comer, peso inferior al promedio correspondiente a altura, sexo y edad, amenorrea o ausencia de menstruaciones.

Anorexia nerviosa tipo bulímico.

Miedo a engordar, presencia de atracones y conductas compensatorias para mitigar el efecto engordante de la comida, peso inferior al promedio correspondiente a altura, sexo y edad.

Peso normal:

Bulimia nerviosa.

Miedo patológico a engordar, presencia de atracones y métodos compensatorios para evitar el incremento de peso, peso normal en relación al promedio.

Peso elevado:

Obesidad sin conducta compulsiva (sin atracones).

Presencia de un porcentaje elevado de grasa corporal o adiposidad mayor que un 20% en hombres y que un 30 % en mujeres.

No corresponde a ninguna patología psiquiátrica ni tampoco indica necesariamente que la ingesta sea excesiva en todos los casos. Peso superior al de la norma de la población correspondiente al sexo, altura y edad. Índice de masa corporal (peso en kg/(altura en m)² mayor que 30.

Obesidad compulsiva (con atracones). "Binge eating disorder" (BED).

Presencia de comilonas que se caracterizan por la sensación de pérdida de control, gran rapidez de la ingesta, sentirse desagradablemente saciado, alimentarse sin tener hambre fisiológica, realizarlas en soledad por sentir vergüenza debido a la cantidad, sentimiento de culpabilidad por haberse atracado. Preocupación constante por el peso, larga historia de dietas en la vida adulta, e inestabilidad emocional reflejada en estado depresivo e irritabilidad. Ausencia de conductas compensatorias de los atracones que se refleja en un peso fluctuante, pero frecuentemente superior a la norma.

El principio de todos los males: la dieta sin control o la restricción en el comer.

Tanto la bulimia como la anorexia son trastornos plurideterminados, sin una causa única. Sin embargo todos los estudios concuerdan en que la principal causa precipitante de entre las diversas de índole psicosocial es la obsesión de adelgazar y el método más popular en nuestra sociedad: las dietas.

Si bien las consecuencias negativas de la dieta se aprecian sin ningún género de dudas en el caso de la anorexia, no ocurre lo mismo en el caso de los excesos del comer. Nadie sospecha de entrada que los que cometen excesos en el comer están compensando instintivamente sus períodos de penuria. No es extraño en mi caso tener que convencer a los padres de pacientes bulímicas que éstas no deben hacer dieta. Está totalmente contraindicada ya que ésta favorece y mantiene la voracidad.

En los trastornos por exceso de comer nos encontramos por tanto en una aparente paradoja: el control excesivo en el comer favorece el descontrol y en otras palabras: se puede ir constantemente del freno al desenfreno en el comer.

La restricción voluntaria del comer, la autoprohibición en cualquiera de sus formas, se ha demostrado que provoca una reacción física y psicológica típica que llamamos desinhibición dietética.

¿ De qué forma?

Cualquier animal incluido el hombre come siguiendo sus motivaciones primarias. Busca comida cuando tiene hambre y para de comer cuando está saciado. Los problemas de la conducta de comer se originan cuando estos dos mecanismos, naturales e instintivos, el hambre y la saciedad, son alterados por la voluntad de la persona. P. ej. comer solo 1000 calorías, o bien comer solo una vez al día, o comer solo verdura y proteínas eliminando los hidratos de carbono. En este momento la persona no respeta sus sensaciones naturales y fisiológicas de hambre y saciedad. Es decir está comiendo solo hasta el punto que ha decidido comer y no hasta el punto en que sus necesidades estarían satisfechas. Pero esto es un difícil equilibrio tanto físico como mental. Con el tiempo las personas que comen poco o menos de lo que necesitan y que llamamos restrictivas, pueden empezar a tener problemas con su relación con la comida. Es muy característico que las personas restrictivas respondan comiendo a sus bajos estados anímicos o que no paren de comer cuando han pensado que violaban sus severas normas de restricción dietética. Una violación de la dieta auto impuesta puede originar ataques de voracidad.

No quiero decir con esto que todas las personas que hacen dieta puedan padecer trastornos del comer. Algunas personas siguen dietas sin problemas, se adelgazan y vuelven a hacer la vida normal. Las adolescentes, que tienen dificultades para aceptar sus cambios corporales y están construyendo su auto estima, poseen varios números para caer en algún trastorno de la conducta alimentaria si siguen dietas muy severas o prolongadas. Una vez entran en la dinámica de comer poco o de prohibirse algunos alimentos, pueden caer por el lado de la anorexia restrictiva, perdiendo con el tiempo las sensaciones fisiológicas de hambre. Si tienen éxito en sus controles, acaban comiendo muy poco y bajando peso con todos las secuelas típicas de la anorexia de tipo restrictivo. A medida que bajan peso van perdiendo la capacidad de apreciar su cuerpo con objetividad y aún quieren bajar más. Empiezan a distorsionar su imagen corporal.

Puede pasar que al cabo de un tiempo de comer muy poco se inicien de modo ocasional los atracones como medida de ajuste para compensar tanta desnutrición. Los primeros atracones pueden ocurrir porque se ha fallado en la dieta draconiana (violación de la dieta), o porque está deprimida o ansiosa. Los atracones son tan masivos que sobrepasan los límites normales de la capacidad y el límite que marca la saciedad fisiológica natural no actúa correctamente. La persona come mucho más de lo que su cuerpo necesita y puede tolerar. Se pierde en este caso la sensación fisiológica y natural de saciedad. En este momento se da el paso a la bulimia o a la anorexia bulímica. Poco después se suelen iniciar conductas compensatorias para mitigar el efecto de los atracones con vómitos, laxantes, diuréticos o alternancia con ayuno.

Existen tres formas típicas de restringir la ingesta:

- estar sin comer durante períodos de tiempo,
- evitar sistemáticamente ciertos tipos de comida y
- limitar la cantidad total de la comida ingerida.

Una vez se inicia una restricción en la conducta de comer, los padres ya pueden sospechar que su hija se ha situado en una zona de riesgo. A partir de aquí puede decantarse hacia una u otra patología. No olvidar que también puede simplemente quedarse ahí engrosando la extensa población de adolescentes preocupadas por su figura.

Las primera señales de alarma.

Los padres podrían empezar a alarmarse y ocuparse del problema cuando observen las siguientes conductas:

La restricción se mantiene durante un tiempo prolongado y el peso se reduce de modo rápido.

El peso empieza a oscilar ostensiblemente.

El peso aumenta muy rápidamente, por ej. en un fin de semana.

Convencer a la hija para que vaya al psicólogo.

El tipo de patología en que la paciente es más refractaria al tratamiento es la anorexia nerviosa de subtipo restrictivo. En el caso de la bulimia nerviosa la idea de ofrecer terapia psicológica normalmente es bienvenida. El tratamiento de primera elección para la anorexia y la bulimia es básicamente psicológico ya que los psicofármacos no han demostrado su eficacia a largo plazo. El enfoque terapéutico incluye medidas para modificar las actitudes y creencias sobre el peso y la figura así como cambiar comportamientos y hábitos inadecuados.

Recomendaciones para los padres.

No juzgar, ni culpabilizar.

Aceptar que es un trastorno que con frecuencia su hija no puede controlar por si misma. No entrar en discusiones en términos de fuerza de voluntad, constancia, responsabilidad, disgustar a los padres, ser mala hija, hacerlo por los padres, castigos, premios, chantajes, ponerse a sí

mismo como ejemplo de fuerza de voluntad porque ha dejado de fumar o porque ha hecho un régimen para adelgazar y lo ha conseguido.

Aliarse con su hija en busca de ayuda profesional.

Recordar que es una enfermedad no un mal comportamiento.

En caso de bulimia no enfatizar la pérdida de peso. La pérdida de peso no indica necesariamente que está mejor. No alentarla a que inicie más dietas para adelgazar. No felicitarla porque ha perdido peso.

En caso de anorexia nerviosa, recordar que un 58 % de las bulímicas empezaron con un período de anorexia nerviosa hasta que perdieron el control sobre la comida y pasaron a la bulimia. Hacerle ver que el excesivo control lleva a la voracidad. Una anoréxica puede temer más la posibilidad de engordarse sin control que la de poner en riesgo su vida.